

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในเรื่อง ความคิดเห็นในการประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ของผู้ใช้แรงงาน ผู้ศึกษาได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎี ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งนำเสนอเป็น 3 ส่วนตามลำดับดังนี้

1. การประกันสังคมและการประกันสุขภาพ
2. ความคิดเห็น
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การประกันสังคมและการประกันสุขภาพ

✓ การประกันสังคม

การประกันสังคม เป็นรูปแบบหนึ่งของระบบความมั่นคงทางสังคมที่จะทำให้เกิดความมั่นคงแก่ประเทศชาติเป็นส่วนรวม โดยรัฐบาลจะต้องรับภาระบ้าง เพื่อเป็นการบรรเทาภาระของนายจ้างและลูกจ้างระบบความมั่นคงทางสังคมคือ ระบบสวัสดิการที่รัฐสร้างขึ้นเพื่อเป็นหลักประกันแก่ประชาชนว่าเขาจะได้รับความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจระดับหนึ่ง หากเขาต้องประสบกับภาวะสูญเสียรายได้ การมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นหรือการไม่มีรายได้ อันจะมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของเขา และครอบครัว (กระทรวงสาธารณสุข 2534 : 3)

ระบบความมั่นคงทางสังคมอาศัยการสร้างหลักประกัน 3 วิธีคือ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ 2534 : 6)

1. หลักการสงเคราะห์ (public assistance) เป็นการช่วยเหลือแก่ประชาชนหรือครอบครัวที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในรูปการสังคมสงเคราะห์การประชาสงเคราะห์กรณีทุพพลภาพประสบความทุกข์ยาก เช่น ประสบอุทกภัย วาตภัย อัคคีภัย เป็นต้น

2. หลักการบริการสังคม (social service or public service) เป็นการให้ความช่วยเหลือประชาชน โดยไม่คำนึงว่าผู้หนึ่งจะต้องมีความเดือดร้อนหรือไม่ ในรูปการจัดโครงสร้างพื้นฐานและบริการเช่น การศึกษา สุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย

3. หลักการประกันสังคม (social insurance) เป็นวิธีการที่รัฐให้ประชาชนทำการประกันรายได้ของตนไว้เพื่อประโยชน์ของตนเอง ครอบครัว และเป็นความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่ให้ได้รับความเดือดร้อนในความเป็นอยู่ของชีวิต โดยจัดให้หมังกองกลางที่นายจ้างและรัฐช่วยออกเงินสมทบ ทั้งบนพื้นฐานความคิดของการประกันสังคมตั้งอยู่บนทฤษฎีการกระจายความสูญเสียและการลดปัจจัยเสี่ยง (theory of distribution of losses and elimination of risks) เป็นการเฉลี่ยความเสี่ยง (risk sharing) เฉลี่ยความสุขและความทุกข์ในหมู่ประชาชนด้วยกันเอง โดยรัฐเป็นผู้ออกแรงเสริม

ในปัจจุบันระบบประกันสังคมที่ถือเป็นหลักสากลในทางปฏิบัติแบ่งออกเป็น 8 ประเภท ดังนี้ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ 2534 : 7-8)

1. การประกันการเจ็บป่วย (sickness insurance) เป็นการให้ความคุ้มครองโดยการจ่ายชดเชยค่าจ้างในรูปเงินสด (cash compensation for wages) และการจัดบริการทางการแพทย์ (medical care services) เพื่อรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติหรือต้องหยุดพักงานเป็นเหตุให้ต้องสูญเสียงานประจำ

2. การประกันการคลอดบุตร (maternity insurance) เป็นการจัดบริการทางการแพทย์ เพื่อให้ลูกจ้างที่เป็นหญิงได้รับการดูแลตั้งแต่ตั้งครรภ์จนกระทั่งการคลอดและการบริบาลทารก รวมทั้งการจ่ายเงินชดเชยในระหว่างหยุดงานก่อนและหลังครบกำหนดคลอดด้วย

3. การประกันอุบัติเหตุและโรคอันเกิดจากการทำงาน (employment injury insurance) ผู้ประกันตนจะได้รับบริการทางการแพทย์เป็นพิเศษ โดยได้รับเงินชดเชยค่าจ้างสูงกว่าอัตราการเจ็บป่วยธรรมดาและได้รับเงินทดแทนความพิการทุพพลภาพตามอัตราการสูญเสียสมรรถภาพในการทำงาน

4. การประกันความพิการหรือทุพพลภาพ (invalidity insurance) หมายถึงความพิการหรือทุพพลภาพอย่างถาวร และสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานตั้งแต่ 2 ใน 3 ของสมรรถภาพในการทำงานตามปกติ โดยผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับเงินเลี้ยงชีพหรือบำนาญพิการ

ทุนผลการได้รับบริการทางการแพทย์และเงินชดเชยค่าจ้างในระหว่างหยุดงาน เพื่อการรักษาพยาบาลและการให้ความช่วยเหลือด้านอื่น ๆ เช่น การให้กายอุปกรณ์เทียม การจัดการงานได้ทำ เป็นต้น

5. การประกันชราภาพ (old-age insurance) เป็นการให้ผู้ประกันตนหญิงที่มีอายุครบ 60 ปี และผู้ประกันชายอายุ 65 ปีขึ้นไป ได้รับเงินบำนาญชราภาพ และมีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์เช่นเดียวกับผู้ประกันตนทั่วไป เมื่อถึงแก่กรรม ทายาทมีสิทธิได้รับเงินค่าจัดการศพและเงินทดแทนการตาย

6. การประกันมรณกรรม (death insurance) เป็นการให้ค่าจัดการศพ (funeral grant) แก่ทายาทของผู้ประกันตน รวมทั้งการให้ทายาทอันหมายถึงบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ ภรรยาหรือสามีที่ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ และผู้อยู่ในอุปการะตามที่กฎหมายกำหนด มีสิทธิได้รับเงินทดแทนการตาย

7. การประกันการว่างงาน (unemployment insurance) เป็นการชดเชยค่าจ้างแก่ผู้ว่างงานในระหว่าง 3-6 เดือน ในอัตราครึ่งหนึ่งของค่าจ้างเดิมหรือสูงกว่าและจัดให้ฝึกอาชีพฝีมือ (skill labour) ให้พร้อมที่จะประกอบอาชีพและจัดหางานให้ทำตามความเหมาะสม

8. การประกันการสงเคราะห์ครอบครัว (family allowance insurance) เป็นการลดภาระในครอบครัวให้ดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุขเช่น การให้การช่วยเหลือทางการเงินแก่ครอบครัวที่มีรายได้น้อยและการสงเคราะห์บุตรในครอบครัวที่มีบุตรมาก เป็นต้น

#### การประกันสุขภาพ (health insurance)

การประกันสุขภาพ จัดเป็นการประกันประเภทหนึ่งของระบบประกันสังคม เป็นกลไกทางเศรษฐกิจ ที่กระจายค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลไปยังกลุ่มประชาชน ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างกัน ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลได้ โดยไม่ต้องคำนึงถึงปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นไม่แน่นอน

ดังนั้นจึงไม่สามารถจะคาดคะเนค่าใช้จ่ายรวมทั้งไม่อาจคาดการณ์ว่าจะใช้จ่ายเงินส่วนนี้เมื่อไร  
(อรชร ศาสตร์ราวาหะ 2528 : 46 )

การประกันสุขภาพโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ (อรชร ศาสตร์ราวาหะ 2528 : 47)

1. การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (voluntary health insurance) เริ่มครั้งแรกในประเทศอังกฤษ ในคริสต์ศตวรรษที่ 18 หลังจากมีการปฏิวัติอุตสาหกรรมมีคนงานเพิ่มจำนวนมากขึ้น สุขภาพและสวัสดิภาพของคนงานเหล่านั้นอยู่ในสภาพที่ไม่ดีนัก คนงานเหล่านั้นจึงตั้งเป็นองค์กรต่าง ๆ เช่น มิวชูว์ร์ เบนนิฟิต (mutual benefit) เฟรนด์ลี่ โซไซตี้ (friendly society) แล้วเรียกเก็บเงินจากสมาชิก โดยมีวัตถุประสงค์ในการจัดสวัสดิการให้แก่สมาชิกในระยะแรกเป็นรูปช่วยเหลือด้วยตัวเงิน ต่อมาได้เป็นการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลโดยตรง

2. การประกันสุขภาพโดยบังคับ (compulsory health insurance) เริ่มครั้งแรกในเยอรมันในราวคริสต์ศตวรรษที่ 18 โดยออกเป็นกฎหมายว่าข้าราชการทุกคนต้องประกันสุขภาพต่อมา ค.ศ. 1883 รัฐบาลได้บังคับให้ประชาชนทุกคนต้องประกันสุขภาพภายหลังประเทศอังกฤษได้พยายามนำการประกันสุขภาพโดยบังคับมาใช้ เพื่อต้องการช่วยเหลือชนชั้นแรงงาน แต่ในที่สุดระบบสาธารณสุขของประเทศอังกฤษ ก็ได้เปลี่ยนเป็นระบบรัฐสวัสดิการมีการประกันสุขภาพแห่งชาติ (national health service) คือรัฐบาลรับผิดชอบบริการรักษาฟรีแก่ประชาชน ประชาชนจ่ายค่าตอบแทนแก่รัฐบาลในรูปภาษี

ประโยชน์ของการประกันสุขภาพ ( นิตยา แสงเล็ก และคณะ 2527 : 41)

1. ช่วยให้เกิดประสิทธิภาพและความเสมอภาคในการให้บริการรักษาพยาบาล และเป็นการตอบสนองความต้องการพื้นฐานชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นบริการที่ให้นอกจากที่มีบริการอยู่แล้ว

2. ช่วยแบ่งเบาภาระรัฐในการบริการสาธารณสุขแก่กลุ่มผู้รับบริการประกัน ทำให้รัฐจะได้มีโอกาสช่วยเหลือกลุ่มคนที่ขาดแคลน หรือยังไม่สามารถครอบคลุมได้ทั่วถึงมากขึ้น

3. กระตุ้นให้ประชาชนสนใจดูแลสุขภาพของตนเองมากยิ่งขึ้น เนื่องจาก ได้จัดใหม่ บริการอยู่แล้ว

4. ผู้รับบริการจะได้รับประโยชน์ชัดเจน เช่น กรณีเจ็บป่วย หรือในระหว่างปฏิบัติงาน ไม่ได้ ทำให้ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวหรือสังคมมากเกินไป

หลักการพิจารณาจัดทำโครงการประกันสุขภาพ (Somers, H.M. 1965 : 181-182)

โครงการประกันสุขภาพที่ดีนั้น ควรพิจารณาหลักเป็นมาตรฐานในการดำเนินการดังนี้

1. ควรจะให้ประชาชนเข้าถึงบริการโดยไม่คำนึงถึงฐานะหรือเศรษฐกิจ (financial accessibility) และบริการทางการแพทย์ควรมีพอเพียง (adequate medical care) ในระยะแรกอาจจะให้บริการที่สำคัญอย่างใดอย่างหนึ่งให้พอเพียงก่อน แล้วค่อยขยายออกไปตามความประสงค์ของประชาชน

2. บริการควรสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ (delivery acceptability) และควรให้ประชาชนเข้าใจโครงการและยอมรับโครงการ ควรส่งเสริมบริการที่เป็นการป้องกัน (preventive)

3. ถ้าเป็นโครงการระดับชาติ ควรจัดใหม่ความสามารถในการใช้ทรัพยากร สาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด (cost efficiency)

4. ควรมีเกณฑ์เกี่ยวกับด้านการจัดหาการจ่ายเงิน (financing) และด้านการให้บริการและให้กฎระเบียบของราชการมาเกี่ยวข้องน้อยที่สุด (minimization of government regulation)

5. ควรให้ผู้บริกรมีส่วนร่วมในการกระจายทุน (consumer participation in cost) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการสุขภาพอนามัยขั้นพื้นฐาน ควรกำหนดวิธีการที่ให้ผู้รับบริการไม่ใช้บริการเกินความจำเป็น

6. ควรกำหนดคุณภาพการบริการด้านสุขภาพอนามัย (quality of care) เช่น ลักษณะการให้บริการที่เหมาะสมกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับสุขภาพอนามัย กำหนดช่วงเวลาให้บริการ ตลอดจนความสะอาดต่าง ๆ ของบริการ เป็นต้น



ผลที่ตามมาจากการประกันสุขภาพ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และสุรเดช วลีอิทธิกุล:

2534 : 12)

เมื่อมีการประกันสุขภาพเกิดขึ้น อาจทำให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคที่เกิดระดับที่มีประสิทธิภาพ เรียกว่า มอรอล ฮาซาร์ด (moral hazard) เนื่องจาก

1. ผู้บริโภคใช้บริการรักษายาบาลเกินความจำเป็น เนื่องจากผู้บริโภคได้ชำระเงินไปแล้วย่อมหวังผลตอบแทน เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยก็จะเรียกร้องบริการ เช่น ขอรักษา ขอตตรวจพิเศษ
2. จากแพทย์ผู้ให้บริการ จากการดำเนินงานโดยบริษัทประกันสุขภาพ แพทย์จะให้บริการเกินความจำเป็น เพื่อจะได้ค่ารักษายาบาลจากบริษัทประกันภัยมากขึ้นกว่าที่ควรจะเป็น หรือการจ่ายตามรายการที่ให้บริการ (fee for service) แก่โรงพยาบาลย่อมมีโอกาสสูงที่แพทย์จะให้บริการเกินความจำเป็น เพราะรายได้ของโรงพยาบาลก็จะมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นตามการให้บริการ

แนวทางการป้องกันการบริโภคเกินระดับที่มีประสิทธิภาพ (Aviva Ron et. al  
1990 : 50 - 53)

เพื่อป้องกันการให้บริการรักษายาบาลเกินความจำเป็น จึงมีมาตรการสำหรับการป้องกันคือ

1. มาตรการที่จะป้องกันการบริโภคเกินของฝ่ายผู้ป่วย โดยการบังคับให้จ่ายเงินประกันร่วมเมื่อใช้บริการ (cost sharing) คือ
  - 1.1 ผู้บริโภคจ่ายค่าบริการส่วนแรกตามที่กำหนด ถ้าค่าใช้จ่ายมากกว่าส่วนนี้ บริษัทจะเป็นผู้จ่าย (deductible)
  - 1.2 การแบ่งความรับผิดชอบเป็นอัตราส่วนต่อกันตามตกลง เช่น คนละครึ่ง หรือร้อยละ 70 ต่อ 30 เป็นต้น (co-insurance)
  - 1.3 บริษัทรับผิดชอบจ่ายในวงเงินที่จำกัดตามที่ตกลง แต่ถ้าค่าใช้จ่ายมากกว่านี้ ผู้บริโภคต้องจ่ายเอง (co-payment)

X 2. มาตรการต่อแพทย์คือการจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) คือแพทย์จะได้รับค่าตอบแทนในอัตราหนึ่ง เพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีประกันตลอดปี

การประกันสังคมและการประกันสุขภาพในประเทศไทย (วิชัย โสสุวรรณจินดา  
2534 : 6-7)

การประกันสังคมได้ก่อตั้งในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2495 ในสมัยของจอมพล ป.พิบูลสงครามเป็นนายกรัฐมนตรี โดยมีนโยบายที่จะให้ประชาชนมีหลักประกันที่มั่นคงทางสังคม และได้ตราพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 ขึ้น ออกใช้บังคับเมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2497 แต่มีการคัดค้านจากประชาชนและสื่อมวลชนต่างๆ จนทำให้ต้องระงับการบังคับใช้กฎหมายโดยไม่มีกำหนด หลังจากนั้นรัฐบาลในสมัยต่อมาได้มีการทบทวนร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องและในปี 2515 ได้นำระบบกองทุนเงินทดแทนมาใช้กับสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป เพื่อคุ้มครองการเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายด้วยโรคที่เกิดจากการทำงาน

ต่อมาในปี พ.ศ. 2530 ในสมัยของพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรีได้มีการเสนอร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมต่อสภาผู้แทนราษฎรแต่มีการยบสภาเกิดขึ้น จนกระทั่งปี 2532 ในสมัยของพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ เป็นนายกรัฐมนตรี ได้มีการนำเสนอร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมเข้าสู่สภาผู้แทนราษฎรใหม่ และสภาผู้แทนราษฎรได้มีมติรับรองเป็นเอกฉันท์ เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2533 และประกาศในพระราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2533

อย่างไรก็ตามในช่วงก่อนประกาศพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ประเทศไทยได้มีโครงการที่มีหลักการเกี่ยวกับการประกันสังคม ทั้งรูปแบบที่เป็นโครงการที่เกิดขึ้นโดยความสมัครใจ และโครงการที่จัดขึ้นโดยรัฐบาล เช่น การฌาปนกิจสงเคราะห์ กองทุนสงเคราะห์ครูใหญ่และครูโรงเรียนเอกชน โครงการบัตรสุขภาพ เป็นต้น หลังจากที่พระราชบัญญัติประกันสังคมมีผลบังคับใช้ โดยมีสำนักงานประกันสังคมกระทรวงมหาดไทยเป็นผู้รับผิดชอบ

พระราชบัญญัติประกันสังคมมีสาระสำคัญโดยสรุปดังนี้ ( วิทย โสสุวรรณจินดา 2534 :10-14)

### 1. ระยะเวลาการครอบคลุมผู้ประกันตน

การใช้บังคับนายจ้างและลูกจ้างในทุกกิจการ ยกเว้นข้าราชการ และลูกจ้างประจำส่วนราชการ โดยในปีแรกครอบคลุมถึงสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป เมื่อพ้น 3 ปี จึงขยายไปสู่สถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 10 คนขึ้นไปและภายใน 4 ปี จึงขยายไปสู่การประกันตนโดยสมัครใจ

### 2. การบริหารงาน

มีการจัดตั้งสำนักงานประกันสังคมขึ้น ในกระทรวงมหาดไทยรับผิดชอบในการดำเนินงาน พร้อมทั้งบริหารงานในรูปของคณะกรรมการในการกำหนดนโยบายและแนวทางต่าง ๆ ดังนี้ คือ

2.1 คณะกรรมการประกันสังคม ซึ่งเป็นองค์กรไตรภาคีประกอบด้วยฝ่ายรัฐบาล ฝ่ายนายจ้างและลูกจ้างฝ่ายละ 5 คน และผู้ทรงคุณวุฒิไม่เกิน 5 คน เป็นที่ปรึกษาเพื่อทำหน้าที่วางนโยบายและมาตรการในการประกันสังคม

2.2 คณะกรรมการการแพทย์ ทำหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในการรับบริการทางการแพทย์

2.3 คณะกรรมการอุทธรณ์ ทำหน้าที่วินิจฉัยอุทธรณ์ เรื่องที่ผู้ประกันตนไม่พอใจในคำสั่งของเลขาธิการสำนักงานประกันสังคมที่สั่งการตามพระราชบัญญัติประกันสังคม

### 3. การจัดตั้งกองทุนประกันสังคม

มีเงินกองทุนประกันสังคม เพื่อเป็นทุนค่าใช้จ่ายให้ผู้ประกันตนและค่าบริหารสำนักงานประกันสังคมโดยกองทุนนี้มีเงินสมทบจาก 3 ฝ่ายคือ รัฐบาล นายจ้างและผู้ประกันตน ร่วมจ่ายเงินสมทบฝ่ายละ 1.5 % รวมเป็น 4.5 % ของค่าจ้าง ซึ่งในเงินจำนวนนี้ 2.45 % จะถูกนำมาใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันตน ในการคิดเงินสมทบคิดจากค่าจ้างสูงสุดไม่เกินวันละ 500 บาท ดังนั้นการจ่ายเงินสมทบของแต่ละฝ่ายสูงสุดไม่เกิน 7.5 บาท/วัน/คน

### 4. สิทธิประโยชน์ทดแทนของผู้ประกันตน

การดำเนินงานในปีแรกผู้ประกันตนได้รับสิทธิประโยชน์ทดแทน 4 ประเภทคือ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน การคลอดบุตร ทูณพลภานและตาย ต่อจากนั้นภายใน 6 ปี ผู้ประกันตนจึงจะได้รับสิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตรและชราภาพ



โดยเพิ่มอัตราสมทบ ส่วนประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงานยังไม่กำหนดระยะเวลาประโยชน์ทดแทน ทั้ง 4 ประการแรกแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ การให้บริการทางการแพทย์และการทดแทนเงิน รายได้

การประกันสุขภาพและสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลในประเทศไทย (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร 2534 : ๓, 5)

สิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลและการประกันสุขภาพในประเทศไทย จำแนก ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1.สวัสดิการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้ (social welfare) เป็นสวัสดิการการ รักษาพยาบาลที่รัฐจัดให้แก่บุคคลบางประเภท มีวัตถุประสงค์ของแต่ละประเภท ได้แก่

- 1.1 โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล
- 1.2 โครงการผู้สูงอายุด้านการรักษาพยาบาล
- 1.3 โครงการประกันสุขภาพนักศึกษา วิทยาลัยการประมงศึกษา สังกัดสำนักงานการประมง

ศึกษาแห่งชาติ

- 1.4 สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงาน

รัฐวิสาหกิจ

- 1.5 สวัสดิการรักษายาบาลเฉพาะตัวอื่น ๆ

2. การประกันสุขภาพเชิงบังคับ (compulsory health insurance) เป็นการ ประกันสุขภาพในลักษณะบังคับตามกฎหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มลูกจ้างในภาคอุตสาหกรรม และบริการ ได้แก่

- 2.1 กองทุนทดแทนแรงงาน
- 2.2 กองทุนประกันสังคม

3. การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (voluntary health insurance) เป็นการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจของประชาชนที่สามารถจ่ายค่าเบี้ยประกันได้โครงการ เหล่านี้ ได้แก่

3.1 การประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน

3.2 การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจของกระทรวงสาธารณสุข (โครงการ  
บัตรสุขภาพ)

การประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เป็นการประกัน  
สุขภาพโดยการบังคับสำหรับผู้ใช้แรงงานในภาคอุตสาหกรรมและบริการ และจะมีการขยายเป็น  
การประกันสุขภาพด้วยความสมัครใจต่อไป

การประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 (กระทรวงสาธารณสุข  
2534 : 5-10)

การประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เป็นการจัดการเกี่ยวกับสิทธิ  
ประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน การคลอดบุตร  
ผู้ประกันตนจะได้รับประโยชน์ทดแทนจากกองทุนประกันสังคม ซึ่งมีโครงสร้างของกองทุนดังนี้

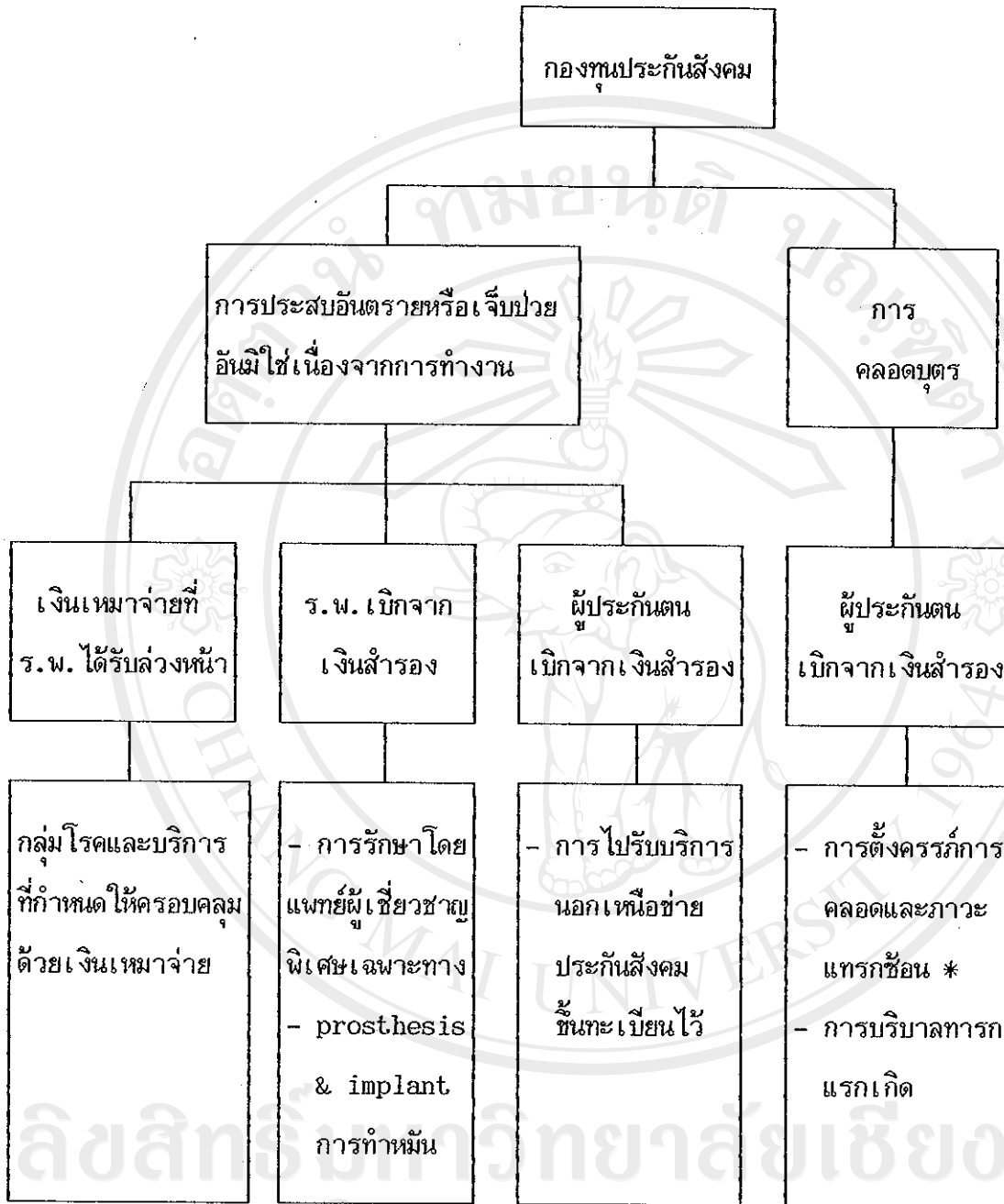
1. ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการทางการแพทย์ 2.45% ของเงินสมทบ (4.5% ของ  
ค่าจ้าง) ใช้จ่ายกรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน และการคลอด  
บุตรของผู้ประกันหรือคู่สมรสโดยแบ่งเงินค่าใช้จ่ายเป็นเงินเหมาจ่าย และเงินสำรอง

**เงินเหมาจ่าย** คือ เงินที่สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายให้กับสถานพยาบาล  
ประกันสังคมคู่สัญญาล่วงหน้าเพื่อให้สถานพยาบาลนั้นใช้ในการให้บริการกรณีประสบอันตรายหรือ  
เจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน โดยปีแรกกำหนดอัตราไว้ 700 บาท/คน/ปี

**เงินสำรอง** คือ เงินที่สำนักงานประกันสังคมเก็บไว้สำหรับจ่ายค่าบริการทาง  
การแพทย์นอกเหนือจากเงินเหมาจ่าย ซึ่งได้แก่ การไปรับการรักษาพยาบาลอย่างฉุกเฉินนอก  
เขตท้องที่ การรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทาง และการคลอดบุตร

2. ค่าใช้จ่ายสำหรับประโยชน์ทดแทน กรณีทุพพลภาพ กรณีเสียชีวิต และทดแทน  
การขาดรายได้ 2.05 % ของเงินสมทบ

ประโยชน์ทดแทนที่ผู้ประกันตนได้รับ ได้แก่ ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ และ  
เงินทดแทนการขาดรายได้ ซึ่งในขั้นนี้จะกล่าวถึงประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ และวิธีจ่าย  
เงินสำหรับกลุ่มโรคหรือการรับบริการวางแผนภูมิต่อไป



หมายเหตุ \* กรณีแท้งอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ของการตั้งครรภ์ ถือเป็นกลุ่มโรค  
และบริการที่กำหนดให้ครอบคลุมด้วยเงินเหมาจ่าย

แผนภูมิที่ 1 แสดงประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์และวิธีการจ่ายเงินกองทุนประกันสังคม

การจัดกลุ่มโรคและบริการมีรายละเอียดดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข 2534 : 6-10)

1. กลุ่มโรคและบริการที่ครอบคลุมโดยเงินเหมาจ่าย

1.1 กลุ่มโรคและบริการทั้งหมด ยกเว้นกลุ่มโรคและบริการที่กำหนดว่าไม่ถูก  
ครอบคลุมด้วยกองทุนประกันสังคม

กลุ่มโรคและบริการที่ไม่ครอบคลุมโดยประกันสังคม ได้แก่

1.1.1 โรคจิต (วิกลจริต) ยกเว้นชนิดเฉียบพลัน ต้องการการรักษารีบด่วน  
รักษาไม่เกิน 15 วัน

1.1.2 โรคเดียวกันที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่า 180 วัน  
ใน 1 ปี กล่าวคือ จะครอบคลุม ค่าใช้จ่ายในการรักษา ช่วง 180 วันแรกเท่านั้น

1.1.3 ทั้งหมดกรรมทุกประเภท

1.1.4 การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะที่รับจากบุคคลอื่น

1.1.5 การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างค้นคว้าทดลอง

1.1.6 การประสูติอันตราย หรือเจ็บป่วยซึ่งผู้ประกันตนจงใจก่อให้เกิดขึ้น  
หรือยินยอมให้ผู้อื่นก่อให้เกิดขึ้น ได้แก่ การจูงใจกินยาฆ่าตัวตาย (แต่ยังครอบคลุมการบาดเจ็บ  
เนื่องจากการดื่มสุรา)

1.1.7 การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

1.1.8 การผ่าตัดเปลี่ยนเพศ

1.1.9 การล้างไต ยกเว้นกรณีไตวายเฉียบพลัน ให้การรักษาไม่เกิน  
60 วัน

1.1.10 โรคหรือการประสูติอันตราย อันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด  
ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ได้แก่ การบำบัดรักษายาเสพติด ภาวะแทรกซ้อนจากการติด  
ยาเสพติด เช่น การติดเชื้อในกระแสโลหิต ภาวะการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งพิสูจน์ได้ว่าเกิดจากการใช้  
ยาเสพติด

1.1.11 การผสมเทียม

1.1.12 การรักษาภาวะมีบุตรยาก

- 1.1.13 แวก์ตาและเลนส์เทียม
- 1.1.14 การบาดเจ็บหรือโรคซึ่งสืบเนื่องจากการทำงาน
- 1.1.15 การตรวจใดๆ ที่เกินกว่าความจำเป็นในการรักษาโรคนั้น ๆ
- 1.1.16 การบริการระหว่างรักษาตัวแบบพักฟื้น
- 1.1.17 การตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ (tissue typing)
- 1.2 เตี้ยงผู้ป่วยและอาหารสามัญ
- 1.3 พาหนะรับส่งผู้ป่วย เพื่อการรักษาตัวระหว่างสถานบริการ ในกรณีที่ยจำเป็น
- 1.4 ยาและเวชภัณฑ์ ตามมาตรฐานบัญชียาหลักแห่งชาติ
- 1.5 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีการให้ศึกษาและให้ภูมิคุ้มกันโรค

ตามโครงการแห่งชาติ

2. กลุ่มโรคที่โรงพยาบาลเรียกเก็บจากเงินสำรองที่สำนักงานประกันสังคม ได้แก่

2.1 การรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทาง

2.1.1 การทำไตเทียม (hemodialysis) ในกรณีที่ไตวายเฉียบพลัน

และให้การรักษาไม่เกิน 60 วัน

2.1.2 การฉีดสารเคมีเพื่อทำลายเนื้อเยื่อในร่างกาย (chemotherapy)

2.1.3 การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (open heart surgery)

2.2 ค่าอวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์บำบัดรักษาที่ผ่าตัดใส่เข้าไปในร่างกาย

2.3 การทำหมัน

3. กลุ่มโรคและบริการที่ผู้ประกันตนเบิกจากเงินสำรองที่สำนักงานประกันสังคม

3.1 การไปรับบริการนอกเครือข่ายประกันสังคม เนื่องจากประสบอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างฉุกเฉิน โดยผู้ประกันตนสามารถเบิกได้เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินอัตราดังนี้คือ ผู้ป่วยนอก ไม่เกิน 75 บาทต่อครั้ง แต่ปีหนึ่งต้องไม่เกิน 150 บาท สำหรับอัตราผู้ป่วยในแบ่งตามประเภทของสถานพยาบาลดังต่อไปนี้

3.1.1 สถานพยาบาลที่เข้าร่วมในโครงการประกันสังคมในอัตรา 500 บาทต่อครั้ง ปีหนึ่งไม่เกิน 1,000 บาท และการผ่าตัดครั้งละ 6,000 บาท



3.1.2 สถานพยาบาลที่ไม่ได้เข้าร่วมในโครงการประกันสังคมในอัตรา 200 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 500 บาท และการผ่าตัดครั้งละ 3,000 บาท

3.2 การรับประกันภัยทดแทนกรณีคลอดบุตรของผู้ประกันตนหรือคู่สมรส

การคลอดบุตร คือ การที่ทารกออกจากครรภ์มารดาซึ่งมีระยะเวลาตั้งครรภ์ ไม่น้อยกว่า 28 สัปดาห์ ไม่ว่าจะทารกจะมีชีวิตรอดอยู่หรือไม่

ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนสำหรับการคลอดบุตรไม่เกิน 2 ครั้ง โดยผู้ประกันตน ต้องนำหลักฐานการคลอดบุตร ไปแสดงต่อสำนักงานประกันสังคมเพื่อขอรับเงินค่าใช้จ่าย จำนวน 2,500 บาทต่อการคลอด 1 ครั้ง

✓ การจัดการบริการทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 (สงวน  
นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ 2534 : 12-13)

การดำเนินงานประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ได้จัดระบบการให้บริการทางการแพทย์ โดยใช้สถานบริการของภาครัฐหรือเอกชนที่มีอยู่แล้ว โดยมีโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก (main-contractor) เข้าร่วมในการจัดการบริการทางการแพทย์จำนวน 134 แห่ง สำหรับระบบการจ่ายค่าตอบแทนแก่โรงพยาบาลในโครงการประกันสังคมเป็นวิธีเหมาจ่ายรายหัว หมายถึง การที่กองทุนประกันสังคมจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลเป็นรายปีในอัตราเหมาจ่าย 700 บาท/ลูกจ้างหนึ่งคน/ปี โดยที่โรงพยาบาลจะรับผิดชอบในการดูแลรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันตนที่ลงทะเบียนไว้ จนถึงที่สุดสำหรับโรคและบริการที่อยู่ในความคุ้มครองของกองทุนประกันสังคม โดยกำหนดหลักเกณฑ์การไปรับบริการทางการแพทย์ 2 กรณี คือ

1. กรณีปกติรับบริการทางการแพทย์กับสถานพยาบาลที่ลงทะเบียนไว้กับสำนักงานประกันสังคม โดย <sup>ผู้ประกันตนเลือก</sup> ~~ผู้ประกันตนเลือก~~ เป็นผู้เลือกให้
2. กรณีประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ไปรับบริการทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลอื่นได้ โดยผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินล่วงหน้าไปก่อน และเบิกคืนภายหลังจากสำนักงานประกันสังคม

ทั้งนี้การจัดบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ประกันตนได้มีการกำหนดวัตถุประสงค์ เพื่อให้มีการบริการที่มีคุณภาพ มีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมและผู้รับบริการพึงพอใจโดยการใช้กลวิธีต่างๆ ที่ขึ้นอยู่กับความพร้อมของโรงพยาบาล เช่น การจัดคลินิกประกันสังคมโดยเฉพาะ ซึ่งมีเงื่อนไขว่าต้องมีจำนวนผู้ประกันตนมารับบริการมากพอ การจัดช่องทางด่วนสำหรับผู้ประกันสังคม การเปิดคลินิกทั่วไปนอกเวลาราชการ เป็นต้น ในขณะที่เดียวกันสถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก ยังต้องพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยโดยการใช้ระบบการประสานเครือข่ายเพื่อจัดบริการทางการแพทย์

การจัดบริการรองรับการประกันสุขภาพของจังหวัดเชียงใหม่ (โรงพยาบาลนครพิงค์ 2534 : 3)

สถานพยาบาลคู่สัญญาหลักของจังหวัดเชียงใหม่ในปีแรกนั้นมี 3 แห่ง คือ

1. โรงพยาบาลนครพิงค์
2. โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
3. โรงพยาบาลรวมแพทย์

#### การจัดบริการของโรงพยาบาลนครพิงค์

โรงพยาบาลนครพิงค์ มีโรงพยาบาลในเครือข่ายให้บริการแก่ผู้ประกันตน ที่ขึ้นทะเบียนไว้กับโรงพยาบาลนครพิงค์ โดยจะใช้บริการได้ที่ โรงพยาบาลชุมชนในทุกอำเภอของจังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลนครเชียงใหม่และโรงพยาบาลนครพิงค์ หากการเจ็บป่วยของผู้ประกันตนนั้น ต้องการรักษาเฉพาะทางที่โรงพยาบาลนครพิงค์ ไม่สามารถให้การดูแลได้ ผู้ประกันตนจะได้รับสิทธิ ในการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ต่อเมื่อได้รับการส่ง ไปรักษาต่อ จากโรงพยาบาลนครพิงค์หรือจากคู่สัญญาของระดับต้น ในกรณีผู้ป่วยด้วยโรค หรือต้องใช้บริการที่เกิดขีดความสามารถของ โรงพยาบาลนครพิงค์

การให้บริการผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก ไม่ได้แยกเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นผู้ประกันตน มีการแยกเฉพาะการขึ้นบัตรเพื่อตรวจสอบบุคคลและสิทธิ

ผู้ประกันตน เริ่มมีสิทธิรับบริการทางการแพทย์ ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2534 ในการ  
จัดบริการทางการแพทย์ประสบปัญหาสรุปได้ดังนี้ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร 2534 : ค, 6-7)

1. สาเหตุของปัญหา
  - 1.1 ผู้ประกันตนไม่ทราบสิทธิประโยชน์ โดยเฉพาะสิทธิด้านเภสัชภัณฑ์
  - 1.2 โรงพยาบาลมีปัญหาในการตรวจสอบสิทธิของผู้ป่วย เนื่องจากปัญหาด้าน  
ฐานข้อมูลรายชื่อและเอกสารที่ผู้ป่วยนำมาแสดงตน
  - 1.3 สถานพยาบาลคู่สัญญาพยายามจำกัดปริมาณบริการ เนื่องจากเกรงว่าจะ  
ขาดทุนจึงจำกัดการให้บริการ รวมทั้งไม่จัดให้มีสถานพยาบาลระดับรอง (sub contractor)
  - 1.4 นายจ้างเลือกโรงพยาบาลแทนผู้ประกันตน ทำให้ผู้ประกันตนไม่มีความ  
สะดวกในการเดินทาง
  - 1.5 คณะกรรมการประกันสังคม กำหนดอัตราเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณี  
ฉุกเฉินไว้ค่อนข้างต่ำ รวมทั้งการจำกัดจำนวนครั้ง/ปี ทำให้ผู้ประกันตนที่มีอาชีพที่ต้องเดินทาง  
ระหว่างจังหวัด เสียสิทธิในการใช้บริการ
2. ปรัชญาการแพทย์ของปัญหา
  - 2.1 โรงพยาบาลให้บริการอย่างจำกัด บางแห่งมีการเปลี่ยนรายการยาต่อหน้า  
ผู้ประกันตน ทำให้ผู้ประกันตนเข้าใจผิด คิดว่ายาในบัญชียาหลักเป็นยาชั้นสอง ไม่มีประสิทธิภาพ
  - 2.2 ผู้ประกันตนเห็นว่า บริการของโรงพยาบาลเป็นบริการชั้นสอง ยาไม่ดีบาง  
แห่งเก็บเงินจากผู้ประกันตน ซึ่งเกิดจากปัญหาในการตรวจสอบบัญชี
  - 2.3 ผู้ประกันตน ไม่พึงพอใจบริการที่ได้รับ มีการร้องเรียนกับสำนักประกันสังคม  
และสื่อมวลชน
  - 2.4 อัตราการใช้บริการใช้สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ต่ำ เนื่องจาก
    - 2.4.1 พึงพอใจต่อบริการต่ำ
    - 2.4.2 ไม่สามารถใช้บริการได้เพราะสภาพภูมิศาสตร์และปัญหาในการ  
เดินทาง
    - 2.4.3 สถานพยาบาลไม่จัดสถานพยาบาลระดับรอง ทำให้ผู้ประกันตน ซื้  
ยากินเองหรือ ไปคลินิกเอกชน

จากนโยบายการพัฒนาสาธารณสุข ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 เพื่อให้คุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสุขภาพอนามัยทั้งทางร่างกายและจิตใจมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และสามารถบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าในระยะอันใกล้ การสนับสนุนให้ประชาชนทุกคน โดยเฉพาะกลุ่มผู้รายได้น้อย ผู้ใช้แรงงาน ได้มีหลักประกันในการรับบริการสาธารณสุข โดยมีกลวิธีในการดำเนินงาน ที่จะสนับสนุน และพัฒนา ระบบประกันสุขภาพทั้งบังคับ และสมัครใจ ให้สามารถครอบคลุมอย่างกว้างขวาง ในขอบข่ายทั่วประเทศ และดำเนินการอย่างมีคุณภาพและประหยัด (กองแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข 2535 : 74 - 78) เมื่อเริ่มมีการประกันสุขภาพโดยการบังคับ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคมเกิดขึ้น การที่จะดำเนินการได้อย่างมีคุณภาพและบรรลุวัตถุประสงค์นั้น การทราบถึงความคิดเห็นของผู้ประกันตน เป็นแนวทางหนึ่งที่จะสามารถนำมาประกอบการพิจารณาดำเนินการและปรับปรุงแก้ไขการให้บริการได้

#### ความคิดเห็น

ความคิดเห็นมีความหมายใกล้เคียงหรือคล้ายทัศนคติ และลักษณะความคิดเห็นจะไม่ลึกซึ้งเท่าทัศนคติ (สุชา และสร้างค์ จันทรเอม 2520 : 104) ความคิดเห็นถือได้ว่าเป็นการแสดงออกทางทัศนคติ โดยจะมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ และเป็นส่วนที่พร้อมจะมีปฏิกิริยาอย่างยิ่งต่อสถานการณ์ภายนอก (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2520 : 3) และยังเป็นทัศนคติที่อยู่ภายในจิตสำนึกของตน เมื่อเกิดความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งใดแล้วก็จะกระทำพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความรู้สึกภายในของตนหรือเป็นการแสดงออกของแต่ละบุคคล ต่อประชาชนทั่วไป ต่อชนบธรรณนิยมประเพณี รวมทั้งการแสดงออกทางความคิดเห็นในโลกที่เกี่ยวกับตัวเขา โดยความคิดเห็นนั้นจะใช้ในเรื่องเกี่ยวกับการลงความเห็น (judgments) และความรู้ (knowledge) ในขณะที่ทัศนคติใช้มากเกี่ยวกับความรู้สึก (feeling) และความชอบพอ (preference) (Nunnally, J. C. 1959 : 285 - 286) ความคิดเห็นก็คือ ทัศนคติที่แสดงออกมาเป็นคำพูดและเป็นสัญลักษณ์ทางทัศนคติอีกด้วย (Thurstone, L.L. 1967 : 77-78) การที่จะแยกทัศนคติและความคิดเห็นออกจากกันนั้นเป็นเรื่องยาก ทัศนคติและความคิดเห็นต้องไปด้วยกัน

ถ้าเรามีทัศนคติอย่างไร ความคิดเห็นของเราก็จะออกมาในรูปแบบนั้น ถ้าความคิดเห็นเปลี่ยนไป ทัศนคติก็จะเปลี่ยนไปด้วย (Hillgard, E.R. et. al 1962 : 531)

กล่าวโดยสรุปแล้วความคิดเห็นและทัศนคติ ล้วนเป็นความรู้สึกที่มีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล

การศึกษาคำความคิดเห็นมีความสำคัญ และมีประโยชน์อย่างมาก เพราะทำให้ทราบความต้องการของบุคคลต่าง ๆ การสำรวจความคิดเห็นเป็นการศึกษารูสึกของบุคคลกลุ่มคนที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง แต่ละคนจะแสดงความเชื่อและความรู้สึกใด ๆ ออกมาโดยเป็นการพูด การเขียน เป็นต้น การสำรวจความคิดเห็น จะเป็นประโยชน์ต่อการวางนโยบายต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงนโยบาย หรือการเปลี่ยนแปลงระบบงานรวมทั้งในการฝึกหัดทำงานด้วย การศึกษาคำความคิดเห็นต่าง ๆ ส่วนมากจะใช้วิธีแบบวิจัยตลาด ได้แก่ การซักถาม สอบถามบันทึกไว้ และรวมไว้เป็นข้อมูล (Feldman, M.P. 1971 : 53) วิธีง่ายที่สุดที่จะบอกถึงความคิดเห็น คือ การแสดงให้เห็นถึงจำนวนร้อยละของคำตอบในแต่ละข้อความ (Best, J.W. 1977 : 171) เพราะจะทำให้ทราบว่าความคิดเห็นจะออกมาในลักษณะเช่นไร และจะได้สามารถทำตามข้อคิดเห็นเหล่านั้น ได้หรือในการวางนโยบายใด ๆ ก็ตาม ความคิดเห็นที่พูดออกมาได้ จะทำให้ผู้บริหารเห็นสมควรหรือไม่ ในอันที่จะดำเนินนโยบายหรือล้มเลิกไป

วิธีที่ใช้กัน โดยทั่วไป คือการตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ การที่จะให้ผู้ใดออกความคิดเห็นควรถามกันต่อหน้า (face to face) ดีกว่าที่จะให้เขาต้องมาอ่านข้อความหรือเขียนข้อความ (Morgan, C.T. and King, R. A. 1971 : 516) แสดงให้เห็นว่าการสัมภาษณ์ หรือการสอบถามจะดีกว่าการตอบแบบสอบถาม เพราะการตอบแบบสอบถามจะทำให้ผู้แสดงความคิดเห็นต้องเสียเวลากับการอ่านและเขียนข้อความ อันมีผลทำให้ผู้แสดงความคิดเห็น ไม่อยากแสดงความคิดเห็น ได้จากการที่ความคิดเห็นมีความสัมพันธ์กับทัศนคติ ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ในการศึกษาเรื่องความคิดเห็นสามารถใช้หลักการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติ การศึกษาถึงการก่อตัวของทัศนคติ ก็เป็นแนวทางที่จะทำให้เราทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเห็นและทัศนคติ ทัศนคติจะก่อตัวขึ้นมา และเปลี่ยนแปลงเนื่องจากปัจจัยหลายประการด้วยกันคือ (ธงชัย สันติวงษ์ 2533 : 166)



1. การจูงใจทางร่างกาย (biological motivation) ที่คนคิดจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งกำลังดำเนินการตอบสนองตามความต้องการ หรือแรงผลักดันพื้นฐานทางร่างกายอยู่ ตัวบุคคลดังกล่าวจะสร้างทัศนคติที่ดีต่อบุคคล หรือสิ่งของที่สามารถช่วยให้เขามีโอกาสตอบสนองความต้องการของตนได้ และในทางตรงกันข้ามจะสร้างทัศนคติที่ไม่ดีต่อสิ่งของหรือบุคคลที่ขัดขวางมิให้เขาตอบสนองความต้องการได้

2. ข่าวสารข้อมูล (information) ที่คนคิดจะมีพื้นฐานมาจากชนิด และขนาดของข่าวสารข้อมูลที่แต่ละคนได้รับมา รวมทั้งขึ้นอยู่กับลักษณะของแหล่งที่มาของข่าวสารข้อมูลอีกด้วย ด้วยกลไกของการเลือกเห็นในการมองเห็นและเข้าใจปัญหาต่างๆ (selective perception) ข่าวสารข้อมูลบางส่วนที่เข้ามาสู่ตัวบุคคลนั้น จะทำให้บุคคลนั้นเก็บไปคิดและสร้างเป็นทัศนคติขึ้นมาได้

3. การเกี่ยวข้องกับกลุ่ม (group affiliation) ที่คนคิดบางอย่างอาจจะมาจากกลุ่มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอยู่ด้วย เช่น ครอบครัว วัดที่ไปประกอบศาสนกิจ ในกลุ่มเพื่อนร่วมงาน กลุ่มกีฬา และสังคมต่างๆทั้งโดยตรงและทางอ้อม กลุ่มต่าง ๆ ยังมีการถ่ายทอดข้อมูลให้แก่ตัวบุคคลในกลุ่ม ซึ่งทำให้สามารถสร้างทัศนคติขึ้นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มของครอบครัว และกลุ่มเพื่อนร่วมงาน ต่างก็เป็นกลุ่มที่สำคัญที่สุด (primary group) ที่จะเป็แหล่งสร้างทัศนคติให้แก่บุคคลที่อยู่ในกลุ่มดังกล่าว

4. ประสบการณ์ (experience) ประสบการณ์ของคนที่มีต่อวัตถุสิ่งของย่อมเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้บุคคลต่าง ๆ ตีค่าสิ่งที่เขาได้มีประสบการณ์นั้นจนกลายเป็นทัศนคติได้

5. ลักษณะท่าทาง (personality) ถึงแม้ว่าลักษณะท่าทางจะเป็นเรื่องที่มีความหมายกว้างที่สุดแต่ลักษณะท่าทางหลายประการ ต่างก็มีส่วนทางอ้อมที่สำคัญในการสร้างทัศนคติให้กับตัวบุคคลด้วย

ปัจจัยต่าง ๆ ของการก่อตัวของทัศนคติที่กล่าวมาข้างต้น ปัจจัยไหนจะมีความสำคัญต่อการก่อตัวของทัศนคติ พิจารณาได้จากการสร้างทัศนคติต่อสิ่งดังกล่าว จะเกี่ยวกับปัจจัยใดมากที่สุด

การที่ผู้ประกันตนจะมีความคิดเห็นอย่างไรต่อประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์และการ  
 จัดบริการทางการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคมนั้น ปัจจัยที่จะมีผลต่อความคิดเห็น ถ้า  
 พิจารณาโดยหลักการทางเศรษฐศาสตร์ ตามทฤษฎีแลกเปลี่ยน (exchange theory) ซึ่ง  
 โฮแมน (Homan, G. C. 1974 : 53) กล่าวว่า "พฤติกรรมกรรมการแลกเปลี่ยนจะเกิดขึ้น  
 สิ่งที่เขาต้องให้แก่คนอื่นนั้นเป็นต้นทุนและสิ่งที่ได้รับเป็นรางวัล บุคคลจะยังคงดำเนินการกระทำ  
 นั้น ๆ ต่อไป ถ้ารางวัลที่ได้รับมีค่าสูงกว่าต้นทุน" ก็อาจพบว่าผู้ใช้แรงงานที่ยอมรับการประกัน  
 สุขภาพ จะเห็นสิ่งที่ได้ประโยชน์จากโครงการนี้มากกว่าต้นทุนที่ต้องจ่ายคือ เขาจะได้รับบริการ  
 สุขภาพมีมูลค่ามากกว่าเงินที่เขาต้องจ่ายเช่นเดียวกับ พี่ระ ตันติเศรณี และสมมาตร พรหมภักดี  
 (2531 : 100-105) ได้วิเคราะห์โครงการบัตรสุขภาพทางเศรษฐศาสตร์ พบว่า ผู้เข้าร่วม  
 โครงการบัตรสุขภาพจะพิจารณาถึงหลักเศรษฐศาสตร์ ในเรื่องต้นทุนและผลประโยชน์ ในการ  
 เข้าร่วมโครงการ โดยพยายามเลือกแหล่งบริการจากสถานพยาบาล ที่จะให้ผลตอบแทนที่คุ้มค่า  
 กับสิทธิบัตรสุขภาพที่ต้องเสียไปในการใช้บริการ รวมทั้งพิจารณาถึงปัจจัยอื่น ๆ ด้วย เช่น  
 ความสะดวกในการเดินทาง ไปรับบริการ ความศรัทธาต่อผู้ให้บริการ เป็นต้น นอกจากนี้การที่  
 บุคคลจะมีความคิดเห็นต่อการประกันสุขภาพอย่างไรนั้น สิ่งสำคัญคือ ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ และ  
 การเลือกใช้บริการสุขภาพจากการประชุมสมัชชาสาธารณสุขเมื่อปี 2531 ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มี  
 ผลต่อสุขภาพคือ ปัจจัยทางด้านปัจเจกบุคคล เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และบริการ  
 ด้านสาธารณสุข (รัฐบาลไทย 2531 : 31) สำหรับผู้ใช้แรงงาน โรงงานที่มีสภาพแวดล้อม  
 ลักษณะการทำงานตลอดจนการควบคุมงานต่างกันอย่างจะมีสภาวะสุขภาพต่างกัน ซึ่งผู้ใช้แรงงาน  
 ก็ให้ความสนใจในปัญหาสุขภาพตนเอง มีการเรียกร้องเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการ และบริการ  
 ทางแพทย์ มีการเรียกร้องการชดเชยการเจ็บป่วย ในรูปของตัวเงิน (พี่ระ ตันติเศรณี  
 และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ 2535 : 132) และโครเกอร์ (Kroeger อ้างใน ปรีชา อุปโยคิน  
 2534 : 64) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม การแสวงการรักษาพยาบาลในประเทศกำลัง  
 พัฒนา โดยได้อธิบายถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพคือ ปัจจัยพื้นฐาน เช่น อายุ  
 เพศ การศึกษา สภาพเศรษฐกิจและสังคม ความสัมพันธ์กันทางสังคม ปัจจัยส่งเสริม เช่น ชนิด  
 และสาเหตุของโรคและปัจจัยด้านสถานบริการ เช่น การยอมรับเจ้าหน้าที่ ความพึงพอใจต่อ  
 คุณภาพของการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ที่กล่าวมาสรุปได้ว่าเมื่อมีการประกันสุขภาพโดยการบังคับเกิดขึ้น มีปัจจัยหลายอย่างที่สามารถนำมาพิจารณา เพื่อประกอบการตัดสินใจดำเนินงาน ปัจจัยที่สำคัญ ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ และปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการ การศึกษาวิจัยเป็นวิธีการที่ช่วยให้เข้าใจถึงสาเหตุของปัจจัยต่าง ๆ ได้

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ใช้แรงงาน ต่อการประกันสุขภาพยังไม่มีผู้ใดทำมาก่อน อรพรรณ หันจางสิทธิ์ (2522) ได้ศึกษาทัศนคติของประชาชน ต่อการประกันสุขภาพตามโครงการประกันสังคมแห่งประเทศไทย เฉพาะเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ประชากรส่วนใหญ่เห็นว่าการประกันสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็น และควรจะมีขึ้นในอนาคตอันใกล้ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม เมื่อมีการเจ็บป่วยจะได้รับการรักษาพยาบาล โดยไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติในการประกันสุขภาพ พบว่า ผู้ที่ไม่มีสวัสดิการในการรักษาพยาบาลมีทัศนคติเห็นด้วยมากกว่าผู้ที่มีสวัสดิการในการรักษาพยาบาล บุคคลที่มีรายได้น้อยจะเห็นด้วยต่อการประกันสุขภาพมากกว่าบุคคลที่มีรายได้สูง และมหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับกรมแรงงานและจังหวัดสมุทรปราการ (อ้างใน วรวิทย์ เจริญเลิศ 2532 : 178) ได้สำรวจความพร้อมของนายจ้างและลูกจ้าง ในจังหวัดสมุทรปราการ เมื่อเดือนกันยายน 2527 พบว่า นายจ้างร้อยละ 67 และลูกจ้างร้อยละ 92 เห็นด้วยกับโครงการที่จะให้มีการประกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุนอกงาน ในรูปของกองทุนสุขภาพ และนายจ้างเห็นควรออกกฎหมายบังคับให้ทำถึงกัน เพราะจะได้เป็นการช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นการเฉลี่ยทุกข์และสุขระหว่างผู้มีรายได้มาก และผู้รายได้น้อย ผู้ที่แข็งแรงไม่ค่อยเจ็บป่วยกับผู้เจ็บป่วยบ่อย นอกจากนั้นสงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ (2534) ได้ศึกษาสถานการณ์การจัดบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลคู่สัญญาทั่วประเทศ 134 แห่ง แก่ผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้พยายามจัดระบบบริการการแพทย์เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยต้นพอสมควร อัตราการใช้บริการโดยได้ข้อมูลจาก โรงพยาบาลคู่สัญญาหลักแล้วพบว่า อัตราการใช้บริการต่ำกว่าที่ประมาณการไว้ ในการคิดเงินเหมาจ่าย และสรุปปัญหาที่พบคือ

1. ผู้ป่วยประกันสังคมและนายจ้างไม่เข้าใจสิทธิประโยชน์ที่ได้รับการคุ้มครอง
2. ความไม่เข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติของผู้ประกันตนในการรับบริการทางการแพทย์
3. ความไม่พร้อมของโรงพยาบาลในการให้บริการ
4. โรงพยาบาลไม่สามารถนำเงินเหมาจ่ายมาใช้ในการบริหารจัดการให้เกิดความคล่องตัวในการให้บริการได้

5. ผู้ป่วยประกันสังคมมีความเข้าใจว่ายาตามบัญชียาหลักแห่งชาติไม่ได้
6. ไม่มีคลินิกพิเศษแก่ผู้ป่วยประกันสังคม ทำให้บริการได้ไม่เพียงพอ

นอกจากนี้ยังมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับโครงการบัตรสุขภาพซึ่งเป็นการประกันสุขภาพอย่างหนึ่ง อนันต์ ลากุลมทบ และคณะ (2527) ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้มีบัตรสุขภาพ ที่มารับบริการ สาธารณสุขของจังหวัดลำพูน พบว่า ผู้มีรายได้น้อยมีความคิดเห็นว่าการมีบัตรสุขภาพเป็นสิ่งที่ดี และจะไปใช้บริการมากกว่าผู้มีรายได้สูง และจากรายงานเบื้องต้น โครงการวิจัยแนวทางการดำเนินงานขยายโครงการบัตรสุขภาพในปี 2528 พบว่า ประชาชนที่เป็นสมาชิกโครงการบัตรสุขภาพ มีทัศนคติต่อการดำเนินงาน ตลอดจนเห็นคุณประโยชน์ของโครงการบัตรสุขภาพ ดีกว่าผู้ไม่เป็นสมาชิกและยังพบว่าประชาชนเห็นประโยชน์ของการเป็นสมาชิกบัตรสุขภาพ ในด้านการประหยัดค่ารักษาพยาบาล ตลอดจนการได้รับบริการที่สะดวกและรวดเร็ว เช่นเดียวกับ อรรถ ศาสตร์วาทะ (2528) ได้ศึกษารูปแบบการใช้บริการทางการแพทย์ของชุมชน ที่มีผลกระทบจากนโยบายการใช้บัตรสุขภาพ ของจังหวัดร้อยเอ็ดพบว่า หัวหน้าครอบครัวส่วนใหญ่มีความรู้สึกถ้าเขาเจ็บป่วยบัตรสุขภาพจะช่วยประหยัดรายจ่ายได้มาก และพบว่าการใช้บริการทางการแพทย์ของชุมชนมีแนวโน้มที่จะใช้บริการทางการแพทย์ จากแหล่งบริการที่กำหนดในบัตรสุขภาพเพิ่มขึ้นหลังมีโครงการบัตรสุขภาพ นอกจากนี้ สมมาตร พรหมภักดี (2532 : 37) ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ ในโครงการบัตรสุขภาพ กรณีศึกษาจังหวัด นครศรีธรรมราช พบว่า การเลือกใช้แหล่งบริการทางการแพทย์ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ทั้งจากผู้ป่วยและจากสถานบริการซึ่งอยู่นอกเหนือการควบคุมของโครงการ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้แหล่งบริการนอกกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย และวสันต์ ศิลปสุวรรณ (2532 : 84 - 95) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บัตรสุขภาพของประชาชนชนบทไทยของจังหวัดอุทัยธานี กำแพงเพชร และพิจิตร พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโครงการบัตรสุขภาพของประชาชน มีอิทธิพลต่อ



การสมัครเป็นสมาชิก ในขณะที่ระยะทางระหว่างบ้านกับโรงพยาบาลมีผลกระทบต่อความสะดวกของสมาชิกมากที่สุด และความพึงพอใจบริการสุขภาพเป็นตัวกำหนดการใช้บริการสุขภาพของสมาชิก จีราพร สุวรรณธีรารากร (2535) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลิกซื้อบัตรสุขภาพของประชาชน กรณีศึกษา อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้ที่เลิกซื้อบัตรสุขภาพมีทัศนคติทางบวกต่อโครงการบัตรสุขภาพ น้อยกว่าผู้ที่ยังคงซื้อบัตรสุขภาพต่อ และพบว่า มีความแตกต่างทางด้านสังคม วัฒนธรรมและจิตวิทยาของทั้ง 2 กลุ่ม ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกซื้อบัตรคือ การได้รับประกันสุขภาพโดยวิธีอื่น ความไม่พึงพอใจต่อการบริการ และระบบบริการของโรงพยาบาล

การศึกษาเกี่ยวกับการใช้บริการทางการแพทย์ สัจจิตต์ มิ่งมงคลกุลดิลก (2524) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการที่สตรีไม่มารับบริการผ่าตัดทำหมันแห่งตามระยะเวลาที่กำหนด พบว่า ความแตกต่างด้าน การศึกษา อาชีพ รายได้ ความพึงพอใจต่อสถานบริการมีผลต่อการมาและไม่มารับบริการ วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ ( 2530 : 59 ) ได้ศึกษาความรู้ ความคิดเห็นของประชาชน ที่มีต่ออาสาสมัครสาธารณสุขและการให้บริการอนามัย พบว่า อายุและระดับการศึกษา มีผลต่อความคิดเห็นเกี่ยวกับบริการอนามัยที่ได้รับจากอาสาสมัครสาธารณสุข แต่รายได้และอาชีพ ไม่มีผลต่อความคิดเห็นดังกล่าว นอกจากนี้ กุฑชงค์ กุลชลบุตร (2532) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ พฤติกรรมการรักษาพยาบาลของประชากรที่เข้ามาทำการรักษาพยาบาล ในเขตอำเภอเมืองเชียงใหม่ พบว่า ปัจจัยด้าน เพศ เชื้อชาติ ศาสนา อายุ สถานภาพการสมรสมีความสัมพันธ์กับทัศนคติในการรักษาพยาบาลแบบใหม่ และตัวแปรด้านระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์ในลักษณะกลับ กล่าวคือผู้มีการศึกษาสูงและฐานะทางเศรษฐกิจสูง มีทัศนคติไม่ดี ต่อการรักษาพยาบาลแบบสมัยใหม่ และพบว่าประชากรมีทัศนคติที่ต่อโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนมีความเป็นกันเองและการบริการรวดเร็ว

สรุปได้ว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อความคิดเห็นต่อการประกันสุขภาพและการใช้บริการทางการแพทย์ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจมีผลต่อความคิดเห็นเกี่ยวกับการประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ของผู้ใช้งานได้



จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่า การประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 บังคับใช้สำหรับผู้ใช้แรงงาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ใช้แรงงานมีหลักประกันเมื่อเกิดการเจ็บป่วยนอกเหนือจากการทำงานและการคลอดบุตร การทราบถึงความคิดเห็นของผู้ใช้แรงงาน จะเป็นประโยชน์ในการพิจารณาดำเนินการ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาถึงความคิดเห็นของผู้ใช้แรงงาน และปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเห็นของผู้ใช้แรงงานเกี่ยวกับหลักการประกันสุขภาพ ตลอดจนการจัดสิทธิประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ และการจัดบริการรองรับการประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ได้แก่ เพศ สถานภาพการสมรส รายได้ สวัสดิการการรักษาพยาบาลที่เคยได้รับก่อนการประกันสังคม ขนาดของโรงงานและความพึงพอใจต่อสถานพยาบาล

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved